

Cómo inscribirse en Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP en inglés) del Mercado

PARA EMPLEADOS

El Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP en inglés) del Mercado en línea está ahora abierto para los empleadores con 50 empleados o menos. Usted puede inscribirse para recibir cobertura tan pronto como el primero de enero 2015.

Si usted ya tiene cobertura por SHOP en el 2014 mediante su empleador, tendrá que visitar CuidadodeSalud.gov para renovar o cambiar su cobertura. Si su empleador se encuentra en un estado que tiene su propio Mercado de SHOP, siga el proceso de solicitud de su estado. Para encontrar el Mercado de SHOP en su estado, visite la página de empleados de pequeños negocios por CuidadodeSalud.gov y seleccione su estado del menú. O comuníquese con el Centro de Llamadas de SHOP al 1-800-706-7893. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para comunicarse con un representante del Centro de Llamadas.

Si su empleador se encuentra en un estado que no tiene su propio Mercado de SHOP, siga los pasos a continuación.

Crear una cuenta por CuidadodeSalud.gov

Si su empleador ofrece cobertura por SHOP, usted recibirá una notificación con un código de participación. Usted usará esta información para ver y responder a la oferta de cobertura de su empleador.

- Seleccione **TENGO MI CÓDIGO** si tiene el código de participación que le dio su empleador. Para crear una cuenta por el Mercado, seleccione este enlace: **Si no tiene una cuenta por el Mercado, debe crear una ahora.**
 - Si ya tiene una cuenta que creó previamente por el Mercado para solicitar cobertura individual y familiar, entre a esa misma cuenta para acceder al Mercado de SHOP. Pase a **Confirmar elegibilidad** para continuar con estos pasos.

Seleccione **NO TENGO CÓDIGO** si no recibió el código de participación. Si usted cree que su empleador está ofreciendo cobertura por SHOP y usted no ha recibido una notificación con el código de participación, comuníquese con su empleador, no con el Mercado de SHOP. Su empleador le puede dar su código de participación. **No hay nada que puede hacer aquí sin tener el código de participación.**

- **Ingrese su información de empleado.** Por la página **Crear una cuenta** usted pondrá su nombre, su correo electrónico, su contraseña preferida, y responderá a unas cuantas preguntas de seguridad. Estas preguntas resultarán útiles si usted se olvida de su nombre de usuario y/o contraseña y tiene dificultades con el ingreso.

Notar: La página Crear una cuenta es para todos los usuarios del Mercado – individuos y familias, pequeños negocios, y empleados de pequeños negocios.

Seleccione **CREAR UNA CUENTA**. Siga las instrucciones de la pantalla para verificar su correo electrónico y empezar a usar el Mercado de SHOP.

Confirmar elegibilidad

- **Entre a su cuenta por CiudadodeSalud.gov.** Ponga su nuevo nombre de usuario y contraseña, y seleccione **ACEPTO** en la página de **Términos y Condiciones**.
- **Seleccione la solicitud del empleado.** Por la página **BIENVENIDO AL MERCADO**, seleccione el enlace **VISITAR MERCADO DEL EMPLEADO**.
- **Ingrese el código de participación.** En la página **Mi empleador**, ponga el código de participación que le dio su empleador, y su Número del Seguro Social (SSN en inglés) o número de identificación fiscal. Esto lo debe hacer así no desee cobertura ahora. Después seleccione **VERIFICAR**. Seleccione **Sí** para agregar el empleador a su cuenta.

Revisar la oferta de cobertura

En la página **Mi empleador**, seleccione el enlace **Comenzar** en el campo Acción para comenzar a revisar la oferta de cobertura de su empleador.

- **Acepte o rechace la oferta de cobertura de su empleador.** Usted puede volver y cambiar su respuesta después de ver los planes médicos.

Si usted acepta la oferta de cobertura, ponga los detalles de empleado, tales como la dirección postal y otra información de contacto.

- **Agregar dependientes.** Si su empleador ofrece cobertura para dependientes, seleccione **AGREGAR DEPENDIENTE(S)**.
- **Firme la solicitud de inscripción.** Ponga su nombre en el cuadro para firmar la solicitud, después seleccione **GUARDAR Y CONTINUAR**.

Si usted rechaza la oferta de cobertura, seleccione la razón por el menú desplegable

- **Verifique su decisión de rechazar la cobertura.** Lea y acepte las aseveraciones.
- **Firme la solicitud de inscripción.** Ponga su nombre en el cuadro para firmar la solicitud, después seleccione **ENTREGAR. Si usted rechaza la cobertura, no se requiere otra acción.**

Seleccionar plan(es)

- **Revisar la cobertura médica del empleador.** El/Los plan(es) que verá se vincula(n) con la dirección principal del negocio de su empleador. Seleccione el enlace **Ver detalles del plan** para ver los detalles del plan, tales como los copagos, servicios de laboratorio y ambulatorios, dispositivos médicos, atención de emergencia y servicios para pacientes internados. Si su empleador le ofrece una selección de planes, usted verá una lista de planes para comparar.
 - **Comparar planes.** Si ve una lista con varios planes, puede seleccionar hasta 3 planes para compararlos en conjunto. Seleccione el cuadro **Comparar** para cada plan que desea comparar. A continuación seleccione **Comparar planes**.
 - **Categorizar planes.** Seleccione **Categorizar** en el menú desplegable para ver sus opciones.
 - **Filtrar los planes.** Puede usar el listado del menú del lado izquierdo de la página para limitar su búsqueda según ciertos criterios.
- **Seleccione un plan médico y un plan dental (si se ofrece).** Para seleccionar plan(es) para usted y sus dependientes, haga clic en **Seleccionar** junto a la información acerca de los planes médicos. A continuación seleccione **CONTINUAR**.

Completar la inscripción

- **Revisar el(los) plan(es) y los costos que seleccionó.** Leer el resumen de su plan médico y dental (si se ofrece).
- **Confirmar la selección de plan(es).** Seleccionar **CONFIRMAR** para entregar su solicitud.
- **Recibirá una confirmación.** Recibirá una confirmación que le avisará que está completa su solicitud. Incluirá un número de confirmación, el cual debe guardar entre sus documentos importantes.
- **Ver la inscripción.** Seleccione el enlace **Regresar a mi inscripción** para ver los detalles de su inscripción.
- **¿No desea comprar cobertura médica?** Seleccione **RENUNCIAR**.
 - en la página que dice **Rechazo esta oferta de cobertura**, seleccione la cobertura que tiene ahora o la que tendrá una vez que la cobertura de su empleador entre en vigencia. A continuación seleccione **RECHAZAR**.

Si tiene preguntas sobre el Mercado de SHOP o necesita ayuda con la solicitud de empleados, comuníquese con el Centro de Llamadas de SHOP al 1-800-706-7893, de lunes a viernes, de las 9 AM a las 7 PM hora de la costa este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para comunicarse con un representante del centro de llamadas.

Para mayor información sobre el Mercado de SHOP, visite CuidadodeSalud.gov/es/small-businesses.

